

CureTB
Notificación de Contactos para su Seguimiento

Fecha: _____

Referido por: _____ Correo Electrónico: _____

Nombre del Caso Índice: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F

Nombre del Contacto: _____ **Sexo:** M F **Fecha de Nacimiento:** _____

Parentesco con el caso: _____ **Antecedente de BCG:** Si, año _____ No Se desconoce

Factor de Riesgo: Niño ≤ 5 años VIH/SIDA Inmunocomprometido

Domicilio del contacto en México: _____
Calle, Número, Fraccionamiento, Colonia o Sección

Ciudad, Estado, Código Postal Teléfono: _____

	PPD		Tratamiento Actual		
	Fecha	Resultado	Medicamento	Inicia	Termina
Unidad de salud y/o Médico que le atiende:					
Unidad: _____					
Medico: _____					
Teléfono: _____					

Nombre del Contacto: _____ **Sexo:** M F **Fecha de Nacimiento:** _____

Parentesco con el caso: _____ **Antecedente de BCG:** Si, año _____ No Se desconoce

Factor de Riesgo: Niño ≤ 5 años VIH/SIDA Inmunocomprometido

Domicilio del contacto en México: _____
Calle, Número, Fraccionamiento, Colonia o Sección

Ciudad, Estado, Código Postal Teléfono: _____

	PPD		Tratamiento Actual		
	Fecha	Resultado	Medicamento	Inicia	Termina
Unidad de salud y/o Médico que le atiende:					
Unidad: _____					
Medico: _____					
Teléfono: _____					

Nombre del Contacto: _____ **Sexo:** M F **Fecha de Nacimiento:** _____

Parentesco con el caso: _____ **Antecedente de BCG:** Si, año _____ No Se desconoce

Factor de Riesgo: Niño ≤ 5 años VIH/SIDA Inmunocomprometido

Domicilio del contacto en México: _____
Calle, Número, Fraccionamiento, Colonia o Sección

Ciudad, Estado, Código Postal Teléfono: _____

	PPD		Tratamiento Actual		
	Fecha	Resultado	Medicamento	Inicia	Termina
Unidad de salud y/o Médico que le atiende:					
Unidad: _____					
Medico: _____					
Teléfono: _____					

Condado de San Diego
 Servicios de Salud Pública
 Programa para el Control de Tuberculosis
 Tel. 001-800-7-89-17-51
 Correo Electrónico: curetb.hhsa@sdcounty.ca.gov

